



Alla ASL di _____

Responsabile Amministrativo Contributo ex l.r. n. 32/2023 e 37/2023

Via _____

CAP Comune (Prov)

Oggetto: Domanda di ammissione al contributo per il rimborso della spesa per l'acquisto di Glucagone polvere nasale (Baqsimi®) - (ll.rr. n. 32/2023 e 37/2023)..

INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RICHIEDENTE

Richiede il beneficio:

- Soggetto beneficiario finale
 Soggetto parente o affine del beneficiario finale

Specificare relazione con il beneficiario

Nota: tutte le informazioni e i dati comunicati all'atto di presentazione della domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (artt. 45 e 46 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.).

CODICE FISCALE

del Beneficiario finale

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO FINALE

Nome

Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita giorno

mese

anno

Luogo di residenza

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Luogo di domiciliazione

Prov.

Via/Corso/Strada

n. civ.

Telefono

Email

Cognome e Nome del Medico di Medicina Generale/Pediatra

Nome

Cognome



Luogo di residenza Prov.

Denominazione della struttura del SSR o del SSN che ha attestato la patologia:

Denominazione
Luogo di residenza Prov.

DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE DELEGATO (PARENTE O AFFINE O ALTRO)

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/Corso/Strada n. civ.

Telefono Email

CODICE FISCALE

Il costo di Glucagone polvere nasale (Baqsimi), prescritto dagli specialisti diabetologi del SSR (dipendenti o convenzionati), è a carico della Regione Puglia, a partire dal 01/11/2023, esclusivamente in presenza di una delle seguenti condizioni:

ipoglicemia grave¹ in paziente con diabete mellito in terapia insulinica in età scolare (≤ 18 anni)

ipoglicemia grave¹ in paziente adulto con diabete mellito in terapia insulinica intensificata che ha manifestato almeno un episodio di ipoglicemia grave nell'ultimo anno, e che potrebbe trovarsi in contesti in cui non sia possibile una somministrazione parenterale di glucagone.

¹ Per ipoglicemia grave si intende una ipoglicemia il cui trattamento richiede l'assistenza di terzi.



Motivo della richiesta:

prima prescrizione

rinnovo della prescrizione a seguito di:

- utilizzo per il trattamento di episodio di ipoglicemia in data __/__/__
- scadenza del prodotto precedentemente erogato

N. confezioni prescritte

1

2

Il/La sottoscritto/a chiede l'ammissione al beneficio di cui all'art. 8 della L.R. 29 novembre 2023 n. 32 e all'art. 40 L.R. 29 dicembre 2023 n. 37 e a tal fine, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.) e consapevole che le dichiarazioni non corrispondenti al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente versate per la fornitura di che trattasi,

DICHIARA:

1. di essere a conoscenza, in quanto informato ai sensi della l.n. 196/2003 e ss.mm.ii., che i dati acquisiti con la presente autocertificazione sono trattati dagli enti interessati per lo svolgimento delle proprie funzioni connesse alla erogazione della misura economica;
2. di trovarsi nella condizione di patologia di cui all'art. 8 della L.R. 29 novembre 2023 n. 32 e all'art. 40 L.R. 29 dicembre 2023 n. 37;
3. di avere acquistato in data successiva al 01.11.2023 una/due confezioni di Baqsimi per una spesa complessiva di Euro _____ (_____/00) come da documentazione allegata;
4. di chiedere il rimborso in misura pari ad Euro _____ (_____/00)

e a tal fine allega la seguente documentazione, a pena di esclusione:

- fotocopia della tessera sanitaria del Soggetto beneficiario finale
- certificazione medica rilasciata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra o specialista del SSN che attesti la patologia di diabete di tipo 1 oppure diabete mellito in regime di terapia intensificata;
- scontrino fiscale o fattura o ricevuta fiscale, relativo all'acquisto della confezione di Baqsimi;
- fotocopia di un documento di identità valido del Soggetto beneficiario finale (e, ove rilevanti, del soggetto richiedente).

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

(da utilizzare previa verifica, in caso di ammissione al beneficio)

Accreditamento su c/c

Intestato a

IBAN

Banca Filiale/Agenzia di

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sulla privacy

Accetto

Non accetto

Luogo _____, *Data* _____

IN FEDE
